

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23071>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

## Medische microbiologie

### *Een epidemie van botulisme in Zwitserland*

Botulisme wordt veroorzaakt door productie van toxinen door *Clostridium botulinum*, een anaërobe bacterie aanwezig in grond en in water. Van de bekende toxinen zijn er slechts 3 klinisch belangrijk: type A, B en E. Deze verhinderen de vrijmaking van acetylcholine uit de presynaptische membraan en tasten de functie van het motorische en (of) autonome zenuwstelsel aan. Meestal is de oorzaak voedselintoxicatie door ingestie van toxine, minder vaak is het maagdarmkanaal of een wond gekoloniseerd of geïnfecteerd door de bacterie. Tussen 31 december 1993 en 12 januari 1994 deed zich in Sion, Zwitserland, een epidemie voor met 12 gevallen van voedselbotulisme van het type B door consumptie van industrieel bereide rauwe ham.<sup>1</sup> Bij 10 patiënten (mannen van 21-54 jaar) werden adequate follow-up-gegevens verkregen. De incubatietijd was 12 uur tot 7 dagen. Alle patiënten hadden visusklachten door een accommodatiestoornis, hetgeen bij 9 van hen de voornaamste klacht was. Van de 10 patiënten hadden 9 dysfaagieklachten door een droge mond en allen hadden gastro-intestinale problemen met minstens 1 van de symptomen: misselijkheid/braken, diarree, constipatie en abdominale pijn. Aantasting van het motorische zenuwstelsel (diplopie, dysartrie, dyspnoe en zwakte der ledematen) was minder frequent en niet steeds objectiveerbaar. Van de 10 patiënten raadpleegden 5 spontaan een arts, terwijl de andere 5 dit slechts deden na ver-

kregen informatie op het werk. Bij 4 van de 7 patiënten met follow-up waren er na 2-8 maanden nog restklachten (visusstoornissen, moeheid, impotentie).

De diagnose 'botulisme' wordt gesteld op basis van het klinische beeld en de epidemiologische context. In Sion werd de diagnose pas laat gesteld, na herkenning van het klinische beeld bij één patiënt. De diagnose kan bevestigd worden door bepaling van toxine in serum, maagvocht of feces of door een positieve feceskweek. Toxine en bacterie kunnen ook in besmet voedsel aangetoond worden. Toxine B werd in de besmette ham aangetroffen, maar bij slechts 1 van 4 patiënten geïsoleerd uit het serum. Feceskweken, verricht bij 3 patiënten, waren negatief. De behandeling is voornamelijk symptomatisch: mechanische ventilatie, parenterale voeding, behandeling van secundaire infecties. Botulisme-immunoglobuline is voornamelijk effectief bij botulisme door toxine A en bij vroegtijdige toediening; het nut van penicilline wordt betwist. Slechts 1 van de 10 patiënten kreeg botulisme-immunoglobuline, echter zonder duidelijk effect op het ziektebeloop. De prognose van botulisme is de laatste 30 jaar sterk verbeterd door verbetering van de intensieve verzorging en door het antitoxineserum.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Troillet N, Praz G. Epidémie de botulisme de type B: Sion, décembre 1993-janvier 1994. Schweiz Med Wochenschr 1995;125:1805-12.

N.E.J. DENECKER

## Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

### *TIA'tje . . . Aspirientje?*

In de klinische les van de collegae Van Gijn en Kappelle worden drie patiënten besproken die waren verwezen op grond van het gevoel dat er iets niet in orde was – en terecht (1995;2708-11). Er blijven naar mijn mening drie leerpunten onderbelicht in deze klinische les.

Menig specialist, zeggen de auteurs, weet niet goed raad met klachten die voortkomen uit bezorgdheid of een vertaling vormen van stoornissen in stemming of gevoelsleven. Het leerpunt uit deze opmerking moet zijn dat het de hoogste tijd wordt dat menig specialist zich op het terrein van de functionele klachten schoolt.

De huisarts, zeggen de auteurs, heeft onder meer de taak om onnodige schade te voorkomen die in ziekenhuizen ontstaat door overbodige onderzoeken en behandelingen bij patiënten met functionele klachten. Een uitmuntend idee, lijkt me. De huisarts scherpt bij verwijzing van deze patiënten de vraagstelling aan, de medisch specialist overlegt met de huisarts voordat hij/zij bij deze patiënten met nader onderzoek of een behandeling begint.

De huisarts die zich heel in het bijzonder toelegt op de diagnostiek en de behandeling van 'transient ischaemic attacks' (TIA's) en jaarlijks veel van deze patiënten ziet, kan, zeggen de auteurs, tot een juiste diagnose komen. Dit is in mijn ogen een onjuiste en onhoudbare stelling. Van Gijn en Kappelle constateren zelf dat een huisarts per jaar zo'n vier nieuwe gevallen van TIA diagnosticeert. Dat aantal ligt in dezelfde orde van grootte als de incidentie van hartinfarct, astma, diabetes mellitus, nierstenen, meniscusletsels en appendicitis. Suggesteren Van Gijn en Kappelle diagnostische incompetentie bij de huisarts vanwege een in hun ogen lage incidentie van al deze belang-

rijke aandoeningen? Nee, ik vermoed veeleer dat de auteurs hun oordeel baseren op de selectie van naar hun kliniek verwezen patiënten en de vele in de eerste lijn gediagnosticeerde en behandelde gevallen vergeten. In geval van TIA is de selectie voor verwijzing sterk: zie de richtlijnen van de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het leerpunt dient dus te zijn: collegae medisch specialisten, hoedt u voor oordelen op grond van selectief waarnemen.<sup>1</sup>

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM. Ziekten in de huisartspraktijk. 2e druk. Utrecht: Bunge, 1994.

E.H. VAN DE LISDONK

Nijmegen, januari 1996

In hun klinische les voeren Van Gijn en Kappelle 3 patiënten op bij wie vrij snel de juiste diagnose gesteld werd, maar dat zou, zo beweren zij, 'anders hebben kunnen lopen wanneer de richtlijnen voor verwijzing van het Nederlands Huisartsen Genootschap strikt waren gevolgd' (1995;2708-11). Deze bewering wordt echter nergens toegelicht of onderbouwd, al wordt gesuggereerd dat de besproken ziektegeschiedenissen er een illustratie van zijn.

Laten wij dan eens, met de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) over TIA's in de hand, naar die patiënten kijken.<sup>1</sup>

Patiënt A heeft helemaal geen TIA, maar zijn verhaal is inderdaad typisch voor migraine-equivalenten. Jammer dat de cardioloog die aan cerebrale ischemie dacht de patiënt niet naar de huisarts heeft verwezen. Dan had een verwijzing naar